

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 70

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES HYDATIQUES
DU CORPS THYROÏDE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 6 Février 1925

PAR

Pierre GUILHON

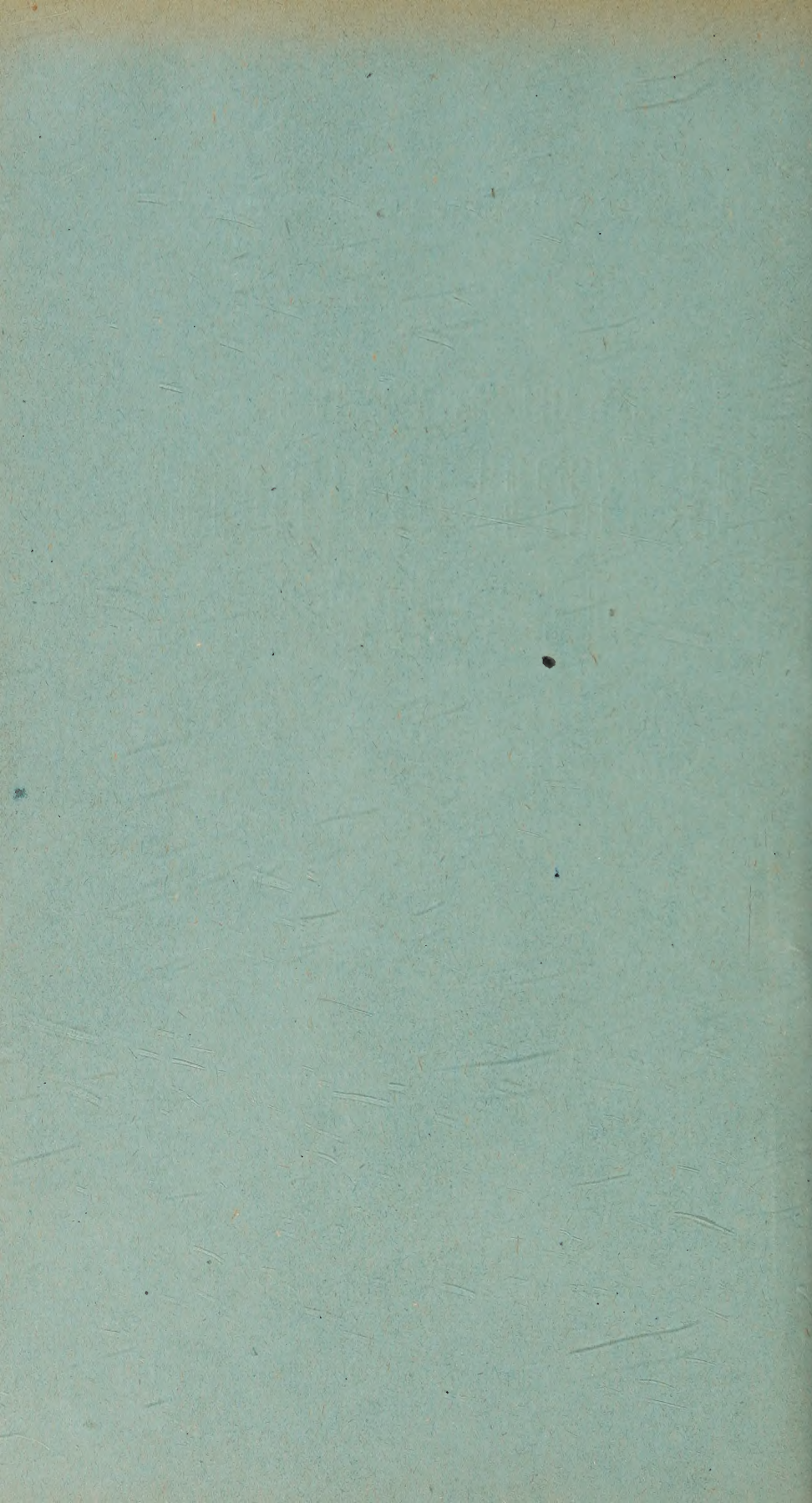
Né à CESSAC (Gironde), le 27 Décembre 1897

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		VERGER, professeur	Juges.
		PERRENS, agrégé	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE

91, Cours de la Marne, 91

1925





Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924 - 1925 — N° 70

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES KYSTES HYDATIQUES
DU CORPS THYROÏDE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 6 Février 1925

PAR

Pierre GUILHON

Né à CESSAC (Gironde), le 27 Décembre 1897

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		VERGER, professeur	<i>Juges.</i>
		PERRENS, agrégé	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91
1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :

MM.

MM.

Clinique médicale..... VERGER.
CASSAËT.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.
BÉGOUIN.
Pathologie et thérapeutique générales..... CRUCHET.
Clinique d'accouchements..... RIVIÈRE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique... SABRAZÈS.
Anatomie..... PICQUÉ.
Anatomie générale et histologie... G. DUBREUIL.
Physiologie..... PACHON.
Hygiène..... ACHÉ.
Médecine légale et déontologie... LANDE.
Physique biologique et élin. d'électricité médicale N.
Chimie..... CHELLE.
Botanique et matière médicale... BEILLE.
Pharmacie..... DUPOUY.

Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
Médecine expérimentale..... FERRÉ.
Clinique ophtalmologique..... LAGRANGE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie... ROCHER.
Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique médicale des maladies des enfants... MOUSSOUS.
Chimie biologique et médicale... DENIGÈS.
Physique pharmaceutique..... SIGALAS.
Médéc. coloniale et clinique des malad. exotiques LE DANTEC.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. W. DUBREULH.
Clinique des maladies des voies urinaires... DUVERGEY.
Clinique des maladies nerveuses et mentales... ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie. MOURE.
Toxicologie et hygiène appliquée BARTHÈ.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..... SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénéréologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

MM.

Anatomie et embryologie..... VILLEMIN.
Histologie..... LACOSTE.
Physiologie..... DELAUNAY.
Anatomie pathologique..... MURATET.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.
N.
Physique biologique et médicale RÊCHOU.
Chimie biologique et médicale... N.
Médicine générale..... MAURIAC.
LEURET.
DUPÉRIE.
CREYX.

Médecine générale..... MICHELEAU.
BONNIN.
Maladies mentales..... PERRENS.
PAPIN.
Chirurgie générale..... JEANNENEY.
N.
N.
PÉRY.
Obstétrique..... FAUGÈRE.
Ophtalmologie..... TEULIÈRES.
Oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Pharmacie..... GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

MM.

MM.

Clinique dentaire..... CAVALIÉ.
Médecine opératoire..... PAPIN.
Accouchements..... FAUGÈRE.
Ophtalmologie..... CABANNES.
Puériculture..... ANDÉRODIAS.

Démonstrations et Préparations pharmaceutiques LABAT.
Chimie pharmaceutique..... GOLSE.
Chimie minérale..... GOLSE.
Hygiène appliquée..... N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CORRESPONDANT NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*En remerciement de la bienveillance
qu'il voulut bien nous accorder pendant
toutes nos études et en reconnaissance
d'avoir accepté la présidence de ce modeste
travail.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES HYDATIQUES DU CORPS THYROÏDE

INTRODUCTION

Tous les travaux, articles ou monographies sur les kystes hydatiques du corps thyroïde commencent invariablement par ces mots : « Les observations en sont fort rares ».

Le Dr Guillet, professeur à l'Ecole de Médecine de Caen, dont je cite plus loin un cas très probant, explique cette rareté par le long trajet que l'embryon hexacanthé doit parcourir pour arriver dans cette glande : Introduit dans l'intestin, il lui faut en effet traverser le foie et les capillaires du poumon, organes dans lesquels il se fixe le plus souvent.

Quelle que soit la cause de cette rareté, elle n'en est pas moins évidente. Les cas n'en sont pas nombreux; le premier que l'on trouve dans la littérature médicale française remonte à 1754. Il est dû à Lieutaud et nous le relatons plus loin.

Depuis, on en retrouve une vingtaine, tant en France qu'à l'étranger, jusqu'au Mémoire de Vitrac, en 1897. Sur

ces vingt cas, nous avons pu retrouver dix-sept observations qui sont rapportées ici.

Depuis le travail de Vitrac, qui contient un cas typique et très caractéristique par sa symptomatologie particulière, nous n'avons pu recueillir que cinq observations en comptant celle, inédite, que M. le Professeur J. Guyot a eu l'amabilité de nous confier pour en faire le sujet de notre thèse.

Le Dr Devé, de Rouen, que nous devons également remercier pour l'intéressante bibliographie que nous tenons de lui, nous avait signalé la fréquence du kyste hydatique dans la République Argentine et l'existence de plusieurs cas de kyste hydatique de la glande thyroïde, relatés pour la plupart dans la « *Revista de la Sociedad Medica Argentina* ». Malheureusement, il nous a été impossible de retrouver les numéros de cette publication qui, parus à la veille de la guerre, ne parvinrent pas à la bibliothèque de la Faculté.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur J. GUYOT.)

Kyste hydatique du corps thyroïde. Enucléation. Guérison.

Mme B..., 40 ans, tenant une boucherie à Bordeaux, vient consulter le Professeur Guyot dans le courant de décembre 1923 pour une tumeur du cou.

Sans antécédents personnels ou héréditaires notables, cette dame jouit d'une excellente santé. Réglée à 15 ans, mariée à 22 ans, a eu trois grossesses normales avec trois enfants vivants. N'a jamais habité les Landes, est née à Cadillac-sur-Garonne et habite Bordeaux depuis son mariage.

A noter qu'elle n'a jamais eu de chien, mais qu'elle avait l'habitude de manger du gras de mouton cru.

Au mois de juin 1923, elle remarque pour la première fois l'existence, sur la face antéro-latérale du cou et à gauche, d'une petite tumeur libre, régulière, non douloureuse et nullement gênante. A ce moment, celle-ci faisait une saillie du volume d'une noix.

Depuis que cette petite tumeur a été constatée, elle a augmenté progressivement de volume sans à coups et sans poussées douloureuses. L'accroissement s'est fait peu à peu et atteint au moment de l'examen le volume d'un gros œuf de poule. Cette saillie anormale est très apparente; elle est lisse, régulière, arrondie, à contours nets. Elle est située au-dessous du sterno-cléïdo-mastôïdien gauche qui la recouvre en partie.

La surface de la tumeur est bosselée, comme multilobée. Sa consistance est rénitente et même à certains points fluctuante. La peau qui la recouvre est normale, non sillonnée de veines; le tissu cellulaire est souple. Si l'on fait avaler une gorgée d'eau à la malade, on voit la tumeur s'élever très nettement avec la trachée. Pas d'adénopathie cervicale. Aucun signe de la maladie de Basedow : ni tachycardie, ni exophtalmie, ni tremblement.

L'étude de la déglutition, de la respiration et de la phonation montre que ces fonctions ne sont nullement modifiées, non plus que l'amplitude des mouvements de la région cervicale.

Le diagnostic porté est celui de goître kystique et l'on conseille à la malade l'exérèse chirurgicale qui est acceptée en raison de l'accroissement de volume de la tumeur et des troubles esthétiques qu'elle entraîne. Celle-ci est pratiquée à la Clinique le 15 janvier 1924 sous anesthésie au Schleich.

Enucléo-résection. — Incision curviligne descendant au ras de la fourchette sternale. Incision du tissu cellulaire et des muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens gauches qui recouvrent la tumeur.

Ligature du pédicule vasculaire thyroïdien supérieur gauche. Isolement de la capsule thyroïdienne. A ce moment, la tumeur qui paraissait tendue et nettement fluctuante est ponctionnée. Il s'écoule un liquide eau-de-roche caractéristique qui est recueilli.

Lavage de la poche et de la plaie à l'éther. Ablation de la membrane mère. La poche est largement ouverte et la paroi reséquée dans toute son étendue avec un peu de tissu thyroïdien qui tient à la poche (enucléo-résection).

Drainage. Opération simple, facile. Durée 32 minutes. Suites opératoires tout-à-fait normales et apyrétiques. Réunion par première intention. La malade quitte la Clinique le 10^e jour.

La malade est revue le 16 décembre 1924 : la cicatrice est souple et indolore. Le corps thyroïde a son volume normal.

OBSERVATION II (Junior VITRAC, 1897).

H. J..., instituteur, 34 ans, a toujours habité les Landes; n'avait pas de chiens auprès de lui; la viande de porc entraît assez fréquemment dans sa nourriture.

Vers le milieu de l'année 1892, H. J. remarqua sur la partie antéro-latérale gauche du cou, un peu au-dessus du sternum, la présence d'une tumeur grosse comme un œuf. Pendant quatre ou cinq mois, le volume de cette tumeur augmente jusqu'à atteindre la grosseur du poing. En même temps survinrent des démangeaisons localisées sur toutes les parties du corps, dont le grattage déterminait sur la peau des stries surélevées, blanches et rosées; enfin de l'oppression et de la difficulté de la déglutition. Ces derniers symptômes, venus tardivement, duraient depuis une quinzaine de jours quand brusquement, dans l'espace d'une minute ou deux, toute gêne disparut en même temps que la tumeur s'effondrait complètement : le prurit devenait très intense.

Absence de tumeur pendant trois mois, puis elle réapparaît de nouveau et grossit pendant quatre mois pour arriver à son volume primitif; la dyspnée légère et la dysphagie avaient recommencé; moins de prurit.

La tumeur disparut et reparut ainsi quatre ou cinq fois, puis s'établit définitivement mais avec des phases d'accroissements et de diminution. Nouvelles poussées d'urticaire. Une ponction exploratrice donne issue à un liquide absolument limpide.

Le 31 janvier 1896, le malade entre à l'hôpital : tumeur volumineuse occupant la partie inférieure et latérale gauche du cou, coupée en écharpe par le sternum, mate, rénitente, et suivant les mouvements du larynx dans la déglutition. Pas de souffles ni de battements. Aucun signe de Basedowisme. Un peu de dysphagie, légère dyspnée.

M. Lannelongue porta le diagnostic de kyste hydatique et l'étaya quelques jours après par une ponction qui ramena 350 grammes d'un liquide eau-de-roche.

Un seul lavage de la poche avec une solution antiseptique amène la guérison complète, constatée six mois après.

OBSERVATION III

(Recueillie à la Clinique du Professeur JABOULAY par M. CAVAILLON, interne de Service (in thèse ROLLET, 1903, LYON.)

Cultivatrice, 30 ans, en bonne santé, portant à la partie médiane du cou une tumeur du volume d'une mandarine mobile dans tous les sens, rénitente et suivant le larynx dans les mouvements de déglutition. La peau, à son niveau, est mobile. Aucun signe de compression sur les organes avoisinants, ni de Basedowisme.

Intervention. Anesthésie locale. Incision du kyste à travers une mince couche de tissu glandulaire : un liquide limpide s'écoule sous pression. La membrane est enlevée et la poche est laborieusement disséquée à cause de ses adhérences intimes avec le parenchyme glandulaire.

Le kyste contenait une seule vésicule fille grosse comme un œuf de pigeon et l'examen microscopique du liquide montra une foule de crochets caractéristiques. Suites opératoires très favorables.

OBSERVATION IV

(FERRER (d'Aïn-Beïda) 1909. — *Presse Médicale*, du 11 Septembre 1909.)

Arabe d'une trentaine d'années, vivant à la campagne, entouré de chiens, porte depuis 16 ans une tumeur médiane au cou qui s'est accrue progressivement jusqu'au volume d'une mandarine. Depuis un an seulement, le malade ressent de la gêne dans la déglutition et la respiration. La tumeur est régulière, lisse, et suit les mouvements du larynx. A son niveau la peau est saine et mobile. Dyspnée assez marquée, mais pas de troubles de la phonation. Pas de tachycardie, ni d'exophtalmie, ni de tremblement.

Diagnostic est porté de goître kystique. Au cours de l'intervention, le kyste est ouvert accidentellement : le liquide limpide qui s'écoule et la membrane blanc nacré qui est aperçue font aussitôt porter le diagnostic.

Suites normales : la dyspnée a cessé aussitôt après l'intervention.

OBSERVATION V

(Docteur GUILLET, Professeur à l'École de Médecine de Caen 1909.)

Jeune homme de 29 ans, portant depuis l'âge de 11 ans une grosseur au cou. Longtemps stationnaire, cette tumeur a augmenté de volume depuis six mois. La voix s'est alors voilée et l'essoufflement a apparu de même qu'une certaine gêne de la déglutition et des douleurs irradiées à toute la moitié droite du cou et du crâne.

Aucun signe de maladie de Basedow. On porte le diagnostic de goître kystique.

Opération. — Après large dénudation et incision du corps thyroïde, le bistouri pénètre dans une poche d'où s'écoule environ 100 grammes de liquide clair et limpide dans lequel nagent une dizaine de vésicules transparentes allant du volume d'une lentille à celui d'un haricot. La poche, intimement adhérente au parenchyme glandulaire, ne peut être disséquée et on se contente de la marsupialiser après avoir enlevé par lambeaux la membrane qui en tapissait l'intérieur.

Guérison sans fistule au bout de six semaines.

OBSERVATION VI

(LIEUTAUD, Mémoires Académie Royale des Sciences, 1754.)

Une jeune fille de 18 ans se rencontra dans une chambre, où le tonnerre tomba avec grand fracas. Elle ne fut pas touchée mais la frayeur dont elle fut saisie, supprima l'évacuation ordinaire à son sexe, dans le temps de laquelle elle

était, et donna lieu à bien des incommodités, que le temps, les remèdes, et peut-être plus encore le retour des règles dissipèrent. Elle s'aperçut cependant, quelques mois après, d'une grosseur au cou, à laquelle elle ne prit pas garde, et qu'elle porta sans beaucoup d'incommodités pendant dix années; mais, au bout de ce terme, la tumeur, dont les accroissements avaient été lents, commença à en prendre de rapides; et, après en avoir souffert pendant six mois des incommodités très considérables, et essayé tous les topiques et tous les remèdes, la malade se détermina à venir chercher du secours à l'hôpital de Versailles, où M. Lieutaud la vit.

La situation de la tumeur ne lui permit pas de douter que la glande thyroïde n'en fut le siège: cette glande, en effet, faisait beaucoup de saillie, mais était peu douloureuse. La respiration était extrêmement gênée, et la poitrine rendait un son semblable à celui qu'on observe dans quelques asthmatiques. La malade ne pouvait respirer librement qu'en portant la tête fort en avant et n'osait depuis quelques jours se coucher horizontalement de peur d'être suffoquée. Quoique la tumeur eût la liberté de s'étendre à l'extérieur, et qu'elle parut y être tout entière, cependant M. Lieutaud ne put se persuader que tout le mal vint de la pression qu'elle causait à la trachée-artère, et soupçonna un vice dans ce canal même: mais, comme la malade avait été extrêmement fatiguée par les remèdes qu'elle avait pris, il se détermina aisément à lui accorder quelques jours de repos qu'elle demandait, et qui ne furent pas prolongés bien longtemps, puisque le sixième jour, après son entrée à l'hôpital, elle mourut tout d'un coup en causant avec ses compagnes.

La dissection du cadavre justifia les soupçons de M. Lieutaud; il enleva la glande thyroïde, qui était d'une extrême grosseur, avec le larynx et la trachée artère, et, ayant dégagé ces parties de celles qui les recouvraient, il remarqua que les cartilages de la trachée-artère avaient souffert une compression considérable; mais, persuadé que la vraie cause du mal était à l'intérieur de ce canal, il l'ouvrit dans toute sa longueur jusqu'au cartilage annulaire, et trouva en effet, au-dessous du larynx, un corps membraneux de cinq ou six lignes de saillie, blanchâtre et très irrégulier, tenant par une base

assez large à la face interne de la trachée-artère qui était percée pour le recevoir : cette masse flottait dans le canal, et pouvait par conséquent y prendre différentes situations.

Il restait à savoir si la tumeur de la glande thyroïde avait donné naissance à ce corps flottant et si, en effet, elle avait percé le canal.

Pour s'en assurer, M. Lieutaud ouvrit cette glande avec la plus grande attention, et y trouva un sac capable de contenir une orange, rempli d'une eau claire qui lui rejaillit avec force au visage, à la première ouverture que lui donna le scalpel, et qu'il reconnut, peut-être même un peu malgré lui, pour très insipide. Il contenait un grand nombre d'autres kystes parfaitement sphériques, de grosseur si inégale, qu'il y en avait depuis celle de la tête d'une épingle jusqu'à celle d'une grosse noisette : ces sacs, qui étaient de véritables hydatides remplies d'eau, n'avaient que de très légères adhérences; lorsqu'on en détachait un, il en roulait à l'instant plusieurs sur la table, et bientôt, il ne resta dans le grand sac que celles qui étaient percées. M. Lieutaud vit sans peine la communication qu'il avait avec la tumeur mollassse de la trachée-artère, et reconnut avec surprise que les cartilages de ce canal avaient été détruits dans un espace exactement circulaire de cinq lignes de diamètre, sans qu'on pût remarquer, sur les bords de cette large ouverture, aucun reste de la portion qui manquait. Ce trou était rempli par plusieurs hydatides vides qui, s'y étant engagées, devenaient un véritable bouchon, passant dans l'intérieur de la trachée-artère, et y formant le corps mollassse et flottant dont nous avons parlé. Il a paru, par l'examen de ces lambeaux, que les hydatides avaient vraisemblablement versé leur liqueur dans la trachée-artère, ce qui aurait pu être la cause de la mort de cette fille. Il se peut aussi que cette tumeur mollassse et flottante, poussée par la voix ou par quelque fâcheuse attitude, se soit engagée dans le larynx et ait étouffé la malade, ce que M. Lieutaud juge très vraisemblable.

La glande thyroïde, qui enveloppait ce sac en manière d'écorce, était si énormément dilatée, qu'elle avait dans sa partie antérieure moins de deux lignes d'épaisseur. Le corps membraneux qui occupait presque toute la cavité de la trachée-artère n'avait contracté aucune adhérence avec les parois

de l'ouverture qui lui en avait permis l'entrée, et on peut le regarder comme une véritable hernie, qui ne paraissait pas même fort ancienne.

OBSERVATION VII (Laënnec, 1812).

Kyste hydatique du col ouvert dans la trachée.

Homme de 50 ans, ayant, au côté droit du cou, une tumeur du volume et à peu près de la figure d'un œuf d'oie. Cette tumeur s'étendait transversalement depuis la partie inférieure de la ligne médiane antérieure du cou jusque vers l'angle de la mâchoire inférieure.

Vers le soir, le malade devint très oppressé : un moment après, il perdit connaissance : la respiration et le pouls devinrent presque insensibles, et la mort survint au bout de 2 ou 3 minutes.

Autopsie. — Tumeur ovoïde, longue de sept travers de doigt, large de quatre vers sa partie moyenne, recouvrant, par sa partie interne et postérieure, le côté droit et un peu la partie antérieure du larynx et des premiers cerceaux cartilagineux de la trachée, les vaisseaux et les nerfs profonds du cou.

En avant, elle était recouverte par le sterno-mastoïdien, et, un peu inférieurement, par les sterno-hyôïdien et sterno-thyroïdien du côté droit.

Elle refoulait à gauche le lobe droit de la glande thyroïde, qui était petit et allongé.

La tumeur était formée par un kyste qui renfermait une acéphalocyste du volume d'un œuf de poule, une seconde de la grosseur d'une noix et plusieurs petites.

Le kyste qui contenait ces vers vésiculaires était épais d'environ 2 lignes (4^{mm}). A l'endroit où la tumeur recouvrait le larynx et la trachée, on voyait une ouverture ronde de 4 lignes de diamètre, qui pénétrait dans la trachée, de manière qu'une partie du cartilage cricoïde, le premier cerceau cartilagineux de la trachée et une partie du second étaient détruits et comme

usés en cet endroit. Le kyste adhérait fortement au contour de cette ouverture, la muqueuse de la trachée y formait de petits lambeaux. Rougeur de la muqueuse depuis la glotte jusqu'à la division des bronches (catarrhe épidémique).

Les autres parties n'offraient aucune lésion remarquable.

OBSERVATION VIII (Jobert de Lamballe, 1847).

«Il y a quelque temps, M. Jobert de Lamballe pratiqua la ponction d'un kyste hydatique du corps thyroïde sur une femme âgée de 45 ans. La sortie d'un liquide séro-albumineux tenant en suspension plusieurs corpuscules vésiculaires de couleur blanchâtre, plus ou moins transparents ne laissa aucun doute sur la nature de l'affection. Quant à son siège, il fut également mis hors de toute contestation par la nécessité où se trouva plus tard le chirurgien d'inciser largement la tumeur, afin d'évacuer la matière purulente accumulée à l'intérieur du foyer, consécutivement à une inflammation trop vive qui fut le résultat d'une injection d'eau alcoolique.

OBSERVATION IX (Gooch, 1767 — in thèse Dardel).

*Assez gros kyste du corps thyroïde. Perforation de la trachée.
Mort subite. — Autopsie.*

Un jeune garçon de 16 ans avait au cou, depuis plusieurs années, une tumeur qui, lente à se développer au début, avait grossi dans les deux dernières années du volume d'une muscade à celui d'un œuf de poule. Cette tumeur lui causait une grande dyspnée à la course et dans les exercices rapides, et une sorte d'asthme. Le visage était toujours rouge foncé, la voix faible; la parole était accompagnée de toux spasmodique. La tumeur recouvrait les cartilages thyroïde et cricoïde, s'étendant plus haut du côté droit que du côté gauche, et avait à sa base, une largeur telle qu'elle recouvrait les carotides; sa surface externe était irrégulière. On soupçonna la présence d'un

liquide dans la tumeur; on fit une ponction, et on évacua environ trois onces d'un liquide aqueux. La respiration du patient devint aussitôt plus facile.

Le jour suivant survint une fièvre violente, avec oppression considérable, toux obsédante, et irrégularité de pouls. Ces symptômes s'apaisèrent à la suite de saignée, purgation, diète sévère, etc...; alors le pourtour de la plaie devint emphysémateux, sans écoulement de liquide, et sa surface était recouverte d'une masse épaisse et visqueuse. La fièvre se calma au bout d'une semaine environ; cependant après l'évacuation, la tumeur recommença à s'accroître, et, en peu de temps, elle eut atteint le même volume qu'avant la ponction : retour de la dyspnée. On fit alors, du côté opposé, une ouverture dans le point le plus déclive; il s'en suivit une abondante évacuation et la dyspnée s'apaisa. La fièvre reparut aussitôt, plus violente que la première fois, avec des douleurs aiguës et de la difficulté à la déglutition. La situation s'améliora encore : la fièvre tomba complètement; la respiration redevint meilleure, toutefois encore un peu gênée.

Un jour, cependant, le malade rejeta par la toux une petite hydatide, et quoique le médecin traitant, M. Donne fut venu au même moment et ait cherché à le soulager, il mourut presque aussitôt.

Autopsie. — La tumeur siégeait entre les muscles sterno-hyoïdiens et thyro-hyoïdiens, tendus et élargis au point qu'ils avaient l'aspect d'un seul muscle large et mince, recouvrant en grande partie la surface de la glande. Celle-ci était appliquée sur la trachée, plus haut du côté droit que du côté gauche.

La tumeur, qui semblait prendre son origine dans le lobe droit du corps thyroïde, était appliquée sur les deux tiers du cartilage thyroïde, sur le cartilage cricoïde et sur six anneaux de la trachée, très intimement unie à ces derniers.

Ouverture du kyste. — Irrégulièrement épaissi, très distendu, il contenait une hydatide mobile, plus grosse que celles qui avaient été rejetées par la toux avant la mort.

La poche enlevée, on vit un trou intéressant le cricoïde et les deux premiers anneaux de la trachée, large comme un

tuyau de plume et par lequel le kyste pénétrait dans la trachée.

A l'ouverture de la trachée et du larynx, le côté droit du canal aérien, du bord inférieur du cartilage cricoïde jusqu'au huitième anneau de la trachée, était tellement comprimé par la tumeur qu'il arrivait presque au contact du côté opposé.

OBSERVATION X (Rapp, 1830).

Rapp observa chez un jeune homme de 14 ans un goître à peu près sphérique, de 2 à 3 pouces de diamètre, très tendu, à surface régulière. Le patient mourut subitement à la suite d'un violent accès d'étouffement.

A l'autopsie, on trouva la partie supérieure de la trachée comprimée contre la surface antérieure des vertèbres, et aplatie comme un ruban. La substance du corps thyroïde n'était pas altérée; mais, dans son tissu se trouvait une grosse hydatide entièrement libre, tendue, qui, à elle seule, constituait le goître. L'enveloppe de cette hydatide se composait d'une membrane blanche solide, qui put facilement être divisée en deux feuillets : l'intérieur était rempli d'un liquide clair, incolore. Sur la surface interne de la poche se trouvaient d'innombrables granulations blanches et petites comme des grains de sable; au microscope, elles présentaient l'aspect de petits vers blancs (échinocoques) sur lesquels on distinguait des couronnes de crochets.

On trouva encore des hydatides semblables dans d'autres organes, notamment dans le foie.

OBSERVATION XI (Albers, 1850).

Il s'agit d'un homme de 60 ans mort dans le cours d'une maladie de cœur, et qui portait, depuis l'âge de 19 ans, un goître dont l'accroissement progressif était arrivé à former une saillie de la grosseur d'une pomme.

A l'autopsie, on vit que cette tumeur appartenait au lobe moyen du corps thyroïde, tandis que les deux lobes latéraux étaient seulement hypertrophiés.

Le corps thyroïde se présentait comme une masse molle renfermant de nombreux corps durs, ronds et tendus; à la corne inférieure gauche se trouvait une masse dense plus grosse, dure, non comprimée. Une section médiane montra le lobe saillant rempli d'une quantité de petites vésicules distinctes variant du volume d'un pois à celle d'une noisette. Ces vésicules se composaient d'une enveloppe extérieure solide, et d'une seconde beaucoup plus mince, séreuse, contenant un liquide clair un peu épais présentant manifestement des échinocoques à l'examen microscopique. La partie inférieure du lobe moyen contenait un corps dur paraissant à la coupe être une tumeur hydatique ossifiée. Le parenchyme glandulaire séparant les hydatides était résistant, presque fibreux.

En outre, les deux reins contenaient dans leur substance corticale, à proximité du bassinet, des hydatides de la grosseur d'une noix; dans les plexus choroïdes se trouvaient également des hydatides, réunies en forme de chaîne.

OBSERVATION XII

(NÉLATON. - Thèse agrégation HOUEL, Paris, 1860.)

Sujet de 36 ans, portant depuis l'âge de 10 ans une tumeur du cou prise pour un goître.

Elle était située sur la ligne médiane, régulièrement arrondie, du volume d'un gros œuf de poule, et suivait les mouvements du larynx pendant la déglutition.

Les préparations d'iode, prescrites par M. Trousseau, n'amènèrent à l'intérieur aucune modification et à l'extérieur causèrent au niveau du cou une inflammation qui augmenta et présenta bientôt tous les signes d'une collection purulente. M. Nélaton ouvrit cet abcès d'où il sortit une grande quantité de pus. La cicatrisation se fit promptement.

Malgré cela, il restait un engorgement profond et la glande conservait le volume qu'elle avait avant la formation de l'abcès. Six mois après, la tumeur s'enflamma de nouveau et sur

une large incision pratiquée de nouveau par M. Nélaton, on vit s'écouler une certaine quantité de pus, puis une multitude de poches hydatiques variant du volume d'un pois à celui d'un grain de raisin.

Depuis cette seconde opération, il s'établit une fistule laissant écouler chaque jour plusieurs poches hydatiques. M. Nélaton, réussit, en maintenant cette ouverture et en injectant dans la poche de la teinture d'iode, à faire revenir la poche sur elle-même et à évacuer complètement les hydatides. Malade guéri.

OBSERVATION XIII (Ferrant, 1861).

Femme de 48 ans, portant un goître volumineux formé de deux tumeurs juxtaposées situées sur les deux côtés du larynx et suivant ce dernier dans les mouvements de déglutition. Aucune gêne fonctionnelle, ce qui fait que la malade n'a jamais sollicité aucune intervention.

Admise à l'hôpital pour tuberculose pulmonaire, la malade meurt subitement.

A l'autopsie. — Tubercules crus des deux sommets. Foie volumineux et bosselé montrant à la section deux vastes poches à parois doublées d'une membrane lisse, blanche et fibreuse et contenant des vésicules claires ayant tous les caractères des acéphalocystes. Dans l'utérus un kyste hydatique et petits fibromes.

Corps thyroïde. — Ces deux tumeurs contiennent des vésicules dont la transparence, l'état finement granuleux permettent d'affirmer la nature hydatique.

OBSERVATION XIV (Marchand, 1883).

Kyste hydatique suppuré de la thyroïde-trachéocèle.

Mlle G..., à Saint-Mandé, s'aperçoit qu'elle a une petite gros-seur au-dessus de la fourchette sternale. En six mois, cette tumeur acquiert le volume d'un œuf de poule. Elle est dure

mais ne cause aucune gêne respiratoire, ni aucune douleur. Elle devient fluctuante et s'ouvre spontanément par deux petits orifices. Il en sort du pus et les fistules se ferment en quelques jours.

Deux ans après, apparition d'une tuméfaction siégeant à droite, au niveau du bord inférieur du cartilage thyroïde. Cette nouvelle tumeur est dure, suit l'ascension du larynx dans la déglutition et s'accompagne bientôt de gêne de la déglutition et de la respiration, avec congestion de la face. En toussant, la malade ressentait un gonflement du cou avec suffocation.

Diagnostic est fait de la trachéocèle et un bandage à pelote, ordonné, ne peut être supporté. M. Péan veut opérer la malade qui refuse, puis accepte devant l'insistance de son médecin traitant. Une ponction exploratrice ramène un liquide séropurulent et quelques jours après M. Marchand extirpe la tumeur : énucléation laborieuse à cause des prolongements poussés par la tumeur jusqu'au contact des vaisseaux. La tumeur se rompt au cours de l'intervention; elle est constituée par une poche hydatique type. Cicatrisation complète après drainage et lavages antiseptiques.

L'examen histologique révéla dans le liquide des crochets et dans la membrane les lignes parallèles, régulières, indiquant les bords déchirés de l'hydatide.

OBSERVATION XV (Meinert, 1885).

Louise B..., 14 ans, fille d'un boucher de Nebra, qui avait l'habitude de jouer avec les chiens de son père, portait depuis l'âge de 4 ans une tumeur du cou consécutive à une plaie du cou que les chiens auraient léchée, qui augmenta régulièrement jusqu'à l'âge de huit ans, puis demeura stationnaire jusqu'à 13 ans, âge auquel elle recommença de croître.

Depuis quelques mois, elle était très douloureuse et la respiration était gênée au moindre exercice.

La tumeur, du volume d'une orange, siège au niveau du milieu du larynx, avec lequel elle s'élève dans la déglutition.

Elle est considérée comme un goître parenchymateux et traitée par des injections d'alcool. A la seconde, un obstacle se forme à l'extrémité de l'aiguille et une ponction exploratrice ramène un liquide incolore, ce qui fait penser simplement à un goître kystique ordinaire. Mais un peu plus tard, à l'occasion d'une incision, le kyste entier s'échappa de la plaie et le diagnostic d'hydatide immédiatement porté. On ne trouva pas de vésicules-filles. Guérison après drainage et pansements.

OBSERVATION XVI (Reverdin, 1885).

Femme de 30 ans, portant à la région latérale gauche du cou une tumeur volumineuse paraissant faire corps avec la thyroïde. Accroissement brusque de cette tumeur après un travail violent. Respiration et déglutition libres. Fluctuation très nette; pas d'engorgement ganglionnaire.

La ponction ramène un liquide absolument limpide. Une incision immédiate donne issue à une quantité énorme de vésicules, les unes intactes, les autres crevées et opalines.

Drainage, lavages phéniqués. Guérison complète assez rapide.

OBSERVATION XVII (Duguet, 1886).

Blanche C..., âgée de 23 ans, chanteuse de cafés-concert, vient à Lariboisière pour se faire enlever un goître. Il y a cinq mois, elle aurait constaté brusquement une saillie indolente et médiane à la partie antérieure du cou. Depuis elle éprouve sans cesse une sensation de corps étranger dans la gorge et une gêne constante de la déglutition. Sa voix est enrouée. A l'examen laryngologique : parésie très prononcée de la corde vocale droite.

La tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon, est de consistance ferme et élastique, indolente, et suit le larynx dans les mouvements de déglutition.

Le traitement a consisté jusqu'ici en vésicatoires volants et teinture d'iode intus et extra. M. Duguet, préférant les injections parenchymateuses de teinture d'iode, plonge l'aiguille dans la tumeur : il s'écoule aussitôt un liquide clair, limpide et la tumeur s'affaisse. Après l'injection de teinture d'iode, le choléra éclate et la malade ne reparaît pas.

OBSERVATION XVIII (Galozzi, 1886).

Il s'agissait d'une tumeur volumineuse que le malade portait depuis deux ans; tumeur molle et élastique au toucher et suivant le larynx dans les mouvements de déglutition.

Après avoir éliminé les différentes variétés de goître, le Professeur Galozzi adopta le diagnostic de kyste thyroïdien. Pour confirmer cette hypothèse, il pratiqua une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz, et retira un liquide limpide, incolore, qui permit de penser qu'il s'agissait d'un kyste à échinocoques.

Cette maladie, rare dans la thyroïde, peut aller jusqu'à troubler la respiration; la tumeur d'après Lieuchard (il s'agit vraisemblablement de Lieutaud) et Gooch, s'ouvrirait même parfois dans la trachée, où son contenu produirait rapidement une asphyxie mortelle.

L'analyse chimique révéla l'absence d'albumine et l'abondance de chlorures; au microscope, on trouva des crochets caractéristiques.

Le kyste fut incisé, drainé, pour provoquer la suppuration de la poche; au bout de quelques jours, on vit sortir par le tube et par les lèvres de l'incision quelques fragments de tissu blanc, élastique, presque transparent, qui n'était autre chose que les débris de la vésicule-mère.

Pendant plusieurs jours, on put en recueillir d'analogues, ce qui rendit évidente la nature de l'affection.

OBSERVATION XIX (Max Wolper, 1888).

Jeune fille de 17 ans. Depuis l'âge de 13 ans, gonflement dur de la région cervicale, qui depuis quelque temps a beaucoup grossi. Tumeur grosse comme une amande, située un peu à droite, facilement délimitable, se mobilisant dans les mouvements de la déglutition. Troubles respiratoires.

Opération. — Incision parallèle au bord externe du sterno-mastoïdien droit. L'énucléation étant difficile, une incision pratiquée dans la capsule, permit d'évacuer une membrane typique de kystes à échinocoques à laquelle adhéraient de petites vésicules. Tamponnement à la gaze iodoformée. Deux jours plus tard, réunion secondaire; drainage; guérison neuf jours après.

OBSERVATION XX (Peyrot, 1888).

Cultivateur âgé de 22 ans s'aperçoit d'une petite tumeur mollassse qu'il porte à la partie antérieure du cou et qui grossit progressivement; la ponction retire un liquide clair. La peau est normalement mobile mais il y a des adhérences profondes (ascension pendant la déglutition).

Aucun signe fonctionnel.

Diagnostic de kyste thyroïdien et énucléation par le Dr Peyrot : la poche, intimement unie au parenchyme, se rompt accidentellement et le liquide clair qui s'en échappe éclaire le diagnostic, de même que la membrane germinative supportant des échinocoques qui est aperçue par l'ouverture.

Aucune vésicule-fille.

OBSERVATION XXI

M. Péan opéra à la fin de l'été dernier un kyste hydatique du corps thyroïde chez une jeune femme, qui le portait depuis longtemps. La tumeur, de la grosseur d'une mandarine, sié-

geait au niveau de l'isthme de la glande; elle était régulièrement sphérique et accompagnait le larynx dans l'acte de la déglutition. Les troubles fonctionnels étaient très accentués : gêne de la déglutition et accidents de suffocation très notables.

Le diagnostic porté était : kyste du corps thyroïde, et M. Péan avait prévu la possibilité d'un kyste hydatique.

Traitement. — Incision de la peau et de la tumeur, suture des lèvres du kyste aux bords de la plaie cutanée; lavages antiseptiques.

Guérison sans fistules un mois après.

A noter que la tumeur avait gardé longtemps le même volume et avait subi une augmentation brusque à l'occasion du début d'une grossesse.

OBSERVATION XXII (Bock).

A observé une fois un kyste acéphalocyste qui se vida dans le larynx, après perforation du cartilage cricoïde; après quoi le malade cracha des hydatides grosses comme des pois ou des noisettes.

OBSERVATION XXIII (Rullier, 1817).

« Nous avons traité et vu guérir un goître de nature hydatique. D'une étendue médiocre il était survenu chez une jeune dame qui le portait depuis deux ans. Il devint douloureux et fluctuant. Nous l'incisâmes et après l'issue d'une sérosité sanguinolente et visqueuse, nous vîmes apparaître entre les lèvres de la plaie un corps rond et blanc qui s'écrasa sous la pince et qui n'était autre qu'une hydatide, la poche en contenait plusieurs; elle fut vidée et se cicatrisa après quelques mois d'un écoulement limpide. »

Guérison absolue après six ans.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie. - Pathogénie.

En consultant les observations de kyste hydatique du corps thyroïde, on constate que rarement cette affection peut être attribuée à une cause bien définie.

Le sexe, auquel Dardel attache une grosse importance puisqu'il dit que les femmes sont atteintes dans les deux tiers des cas, ne nous paraît pas jouer un si grand rôle; sur les 23 sujets dont nous rapportons l'histoire 11 étaient des hommes et 12 des femmes.

L'âge moyen des malades signalés est de 40 ans; mais c'est plutôt une affection de l'adolescence, car sur 23 malades 4 seulement dépassent 35 ans et ceux de 14 à 18 ans sont nombreux.

Les pays à kystes hydatiques ne semblent pas fournir beaucoup de cas de la localisation qui nous intéresse. En effet, Finsen, n'en signale pas en Islande et seul le cas de Vitrac intéresse un habitant des Landes. Les observations en seraient nombreuses dans la République Argentine, mais, n'ayant pu nous les procurer, nous évitons de nous prononcer.

Les modifications de l'appareil génital chez la femme auraient influé dans deux cas sur le développement de kystes hydatiques de la thyroïde : la malade de Lieutaud avait vu ses règles supprimées par une frayeur et quelques mois après la tumeur apparaissait. Il peut n'y avoir là qu'une coïncidence. Mais Péan nous dit que chez sa

malade, l'apparition d'une grossesse amena un brusque accroissement de la tumeur qui était depuis longtemps stationnaire; il se peut que la congestion du corps thyroïde au moment de la grossesse favorise l'implantation de l'embryon hexacanthé dans son parenchyme.

La cohabitation avec des chiens, si souvent signalée dans les kystes hydatiques du foie et du poumon, semble jouer ici un rôle plus effacé : Ferrer est seul à la donner comme facteur étiologique prédisposant.

Meinert nous apporte un cas très curieux de contamination directe : la fille d'un boucher de Nebra portant une petite plaie au cou, la faisait lécher par les chiens de son père, ses compagnons de jeu, et la tumeur se développa quelques temps après. Le dépôt direct d'embryons hexacanthés dans la plaie, quoique douteux est très possible. La plupart du temps le parasite arrive à la glande par la voie sanguine, mais avant de pénétrer dans le sang il lui faut arriver dans l'organisme et c'est la voie digestive qu'il emprunte le plus souvent. L'observation de Vitrac et celle de M. le Professeur Guyot sont très démonstratives à ce sujet : dans le premier cas le malade mangeait de la viande de porc en quantité et dans le second, la bouchère dont il s'agit avait l'habitude de manger du gras de mouton cru.

CHAPITRE II

Anatomie Pathologique.

Le volume des kystes hydatiques du corps thyroïde est presque toujours peu considérable. Ils varient suivant les cas entre la grosseur du poing (Vitrac) et celle d'une amande en passant par tous les intermédiaires. La comparaison avec une mandarine revient souvent et dans le cas qui nous occupe plus spécialement, la tumeur était du volume d'un œuf de poule. Dans deux cas, au contraire, nous trouvons des tumeurs volumineuses; ce sont ceux de Reverdin et de Galozzi.

Leur siège est aussi varié que leur importance, car on les trouve dans les lobes droit ou gauche indifféremment. Mais à l'extérieur la tumeur paraît médiane dans les deux tiers des cas. Généralement unique, le kyste peut occuper les deux lobes (Ferrant). Chez le malade d'Albers, la tumeur paraissait aussi bilatérale mais il reconnut à l'autopsie qu'elle était médiane et que « les lobes latéraux étaient simplement hypertrophiés ».

Le kyste thyroïdien peut être la seule manifestation de l'invasion parasitaire, mais on en trouve aussi parfois en même temps dans les autres organes. Albers en signale « dans la substance corticale des deux reins et dans les plexus choroïdes » ; Rapp dans le foie et Ferrant dans le foie et l'utérus.

Dans le cas qui nous intéresse la tumeur, siégeant à gauche, était unique.

A l'ouverture de la poche s'écoule le « liquide eau de roche » bien connu et qui fait faire le diagnostic dans les trois quarts des cas. Ce liquide, légèrement albumineux, contenant des chlorures en quantité notable présente, contrairement à ce que dit Vitrac, des crochets à l'examen microscopique. Il est vrai que, dans le cas du Professeur Lannelongue, il n'en trouva pas, mais dans les autres observations, l'examen pratiqué seulement trois fois, par Albers, Rapp et Jaboulay, décèla chaque fois des crochets indiscutables.

Un petit désaccord existe entre des chirurgiens qui, bien malgré eux et dans les mêmes circonstances, éprouvèrent le goût de ce liquide : la poche en effet, mise à découvert, leur explosa littéralement au visage. Or, deux d'entre eux Meinert et Jaboulay le déclarent salé, tandis que Lieutaud le trouve insipide. Simple variation de la teneur en chlorures sans doute.

Le nombre des vésicules hydatiques dans le liquide varie autant que leur volume et en raison inverse : la plupart du temps elles sont nombreuses et petites, allant du volume d'un pois à celui d'une noisette (Albers, Bock, Laënnec) ou de celui d'une tête d'épingle à celui d'une noix (Lieutaud). Dans le cas de Reverdin, elles étaient « en quantité énorme, les unes intactes et transparentes, les autres crevées et opalines ».

Une grosse vésicule forme parfois à elle seule le kyste (Gooch, Jaboulay). Dans le cas de Rapp, elle s'énucléa à travers les lèvres de la plaie dès l'incision du tissu glandulaire.

Ce liquide si clair peut se transformer en pus si la poche s'infecte, ce qui arrivait quelquefois avant l'ère de l'asepsie. C'est ainsi que Jobert de Lamballe vit la poche hydatique s'emplir de pus après une injection alcoolique. Nélaton et Marchand observèrent le même résultat sans pouvoir se reprocher de l'avoir provoqué.

La poche ne diffère pas de celle de tous les kystes hydatiques. Laënnec signale que l'épaisseur de celle qu'il observa était de 2 lignes (environ 4^{mm}). Rapp fait une description complète de cette « membrane blanche clivable en deux feuillets » c'est sa caractéristique essentielle : le feuillet externe, adventice est formé aux dépens du corps thyroïde, tandis que la membrane interne ou germinative est due au développement de l'embryon hexachante.

Le tissu thyroïdien reste souvent intact, mais aussi on le trouve « atrophie presque fibreux » (Albers). Il est vrai que, dans ce cas particulier, les vésicules étaient distinctes les unes des autres formant comme une multitude de petits kystes hydatiques séparés les uns des autres par des lames de parenchyme sclérosé par leur développement.

Cette tendance du tissu glandulaire à devenir fibreux explique la solidité des adhérences qui, comme nous le verrons plus loin, empêchèrent la dissection de la poche ou la rendirent difficile, et qui obligèrent M. le Professeur Guyot à réséquer avec la poche une mince lame de parenchyme dont il ne pouvait la séparer.

Les lésions anatomiques de voisinage sont assez fréquentes, relativement au petit volume de la tumeur. Les accidents dus à la compression s'exercent rarement sur le paquet vasculo-nerveux du cou. Marchand dut cependant libérer des « adhérences profondes jusqu'au contact des vaisseaux ».

La trachée est l'organe le plus souvent atteint, tantôt elle est « aplatie comme un ruban » tantôt perforée (Lieutaud, Laënnec et Gooch). Une fois (Bock) c'est le cartilage cricoïde qui se perfore.

Enfin on trouve une fois du retentissement de la tumeur sur les muscles qui étaient « amincis et tendus ». (Gooch).

CHAPITRE III

Symptomatologie. - Diagnostic.

Le début de la maladie est insidieux : ce n'est parfois qu'après un certain temps d'accroissement que le patient s'aperçoit de la petite tumeur qu'il porte à la partie antérieure du cou, la plupart du temps au milieu, mais aussi parfois soit à droite, soit à gauche.

Cette tumeur est petite, arrondie, plus rarement bosselée, comme c'était le cas pour la malade de M. le Professeur Guyot. Cet aspect faisait déjà prévoir qu'on avait affaire à une tumeur multilobée. Sa rénitence coupée de points nettement fluctuants appuyait encore cette hypothèse et le diagnostic fut porté de goître kystique. Ce sont là les deux sensations le plus souvent ressenties à la palpation, mais à notre connaissance c'est le seul cas où elles se soient rencontrées en même temps.

Il est des cas plus rares où le liquide distend assez le kyste pour lui donner une consistance ferme parfois même dure (Jaboulay) mais jamais assez pour faire penser à une tumeur solide, car elle conserve toujours une « certaine élasticité » (Duguet).

La percussion dénote de la matité (Vitrac).

La peau, normale, glisse librement à la surface de la tumeur mais si l'on essaie de mobiliser celle-ci sur les plans profonds, on s'aperçoit que, si dans le sens latéral elle a conservé une certaine liberté, dans le sens vertical au contraire elle est absolument fixée. On applique aus-

sitôt au malade l'épreuve du verre d'eau, si employée dans le goitre, et qui consiste à lui faire absorber un verre d'eau, la tête légèrement défléchie. A chaque mouvement de déglutition, on voit la tumeur s'élever avec le larynx ce qui démontre nettement qu'elle a son siège dans le corps thyroïde.

Les signes fonctionnels, inexistants au début de la maladie, surviennent toujours par la suite. Seuls Peyrot et Ferrant n'en signalent pas avant l'observation de M. le Professeur Guyot dont la malade n'a non plus jamais rien ressenti. Ils sont parfois très tardifs, comme dans le cas de Ferrer, où de la gêne respiratoire survint après 16 ans d'accroissement régulier; ou bien la tumeur, longtemps stationnaire, augmente brusquement de volume et aussitôt apparaissent les troubles fonctionnels (Guillet).

La douleur est signalée trois fois seulement et toujours à une période très avancée de l'affection. Meinert et Rullier ne font que la signaler, tandis que Guillet nous parle de « douleurs irradiées à la moitié droite du cou et à la partie correspondante du crâne » souvent elle se réduit à une « sensation de corps étranger dans la gorge (Duguet).

Quant aux troubles organiques, ils sont véritablement disproportionnés avec l'importance de la tumeur qui, nous l'avons vu, est presque toujours petite, et par leur gravité, constituent de réelles complications. Les troubles respiratoires sont les plus constants et les plus importants. On en trouve tous les degrés : depuis la dyspnée légère du malade traité à temps (Meinert, Vitrac) jusqu'aux accès de suffocation qui amènent la mort du malade (Ferrant), en passant par l'oppression forte et le tirage avec respiration sifflante » que nous signale Lieutaud. C'est là certainement la complication la plus grave, car, en plus du cas de Ferrant où la mort est due simplement à la compression de la trachée, celle-ci érodée par la tumeur se laissa perforer 4 fois et la mort du malade fut chaque fois

instantanée. Un sixième malade, celui de Bock, mourut subitement à la suite d'une perforation du cartilage cricoïde.

Les troubles de la déglutition, deux fois moins souvent signalés que ceux de la respiration, n'en sont pas moins très importants. Ils ont deux causes principales : le poids du corps thyroïde augmenté de celui de la tumeur, gêne d'abord l'ascension du larynx et d'un autre côté l'œsophage est comprimé c'est la plus grosse cause de dysphagie.

Les modifications de la voix sont peu fréquentes : nous les avons relevées seulement trois fois : chez le malade de Guillet « la voix se voile » à l'occasion d'un accroissement brusque de la tumeur. Celui de Gooch avait la voix faible et accompagnée de toux « spasmodique » ; enfin Duguet constata la « parésie de la corde vocale droite à l'examen laryngologique ».

Ajoutons à cela qu'on ne trouve jamais ni tachycardie, ni exophtalmie, ni tremblement, ce qui rend le diagnostic facile avec la maladie de Basedow.

L'état général est excellent, on a souvent affaire à des sujets robustes comme le signalent la plupart des observations. Cependant, Vitrac rappelle l'intoxication hydatique dont il a eu l'occasion d'observer le meilleur symptôme : l'urticaire accompagné de prurit et qui s'exagérait chaque fois que la tumeur s'effondrait et que le liquide se répandait dans le tissu cellulaire sous-cutané. La tumeur récidivait aussitôt, les signes fonctionnels réapparaissaient, une nouvelle rupture les faisait disparaître et revenir l'urticaire.

Vitrac considère cette symptomatologie comme pathognomonique et cependant sur les 23 observations que nous avons recueillies, la sienne est la seule qui la présente.

Bien que cela lui ôte, à notre avis, de sa valeur, il faut reconnaître qu'elle a permis au Professeur Lannelongue

de porter le diagnostic ferme de kyste hydatique du corps thyroïde, diagnostic unique à notre connaissance, puisque Péan, ayant porté le diagnostic de kyste thyroïdien, avait simplement « prévu la possibilité d'un kyste hydatique ».

En somme, dans les signes physiques rien ne peut faire prévoir cette affection. La fluctuation fait songer à une tumeur liquide, mais comme dit Guillet, pour déterminer la nature hydatique de ce liquide « il faudrait y penser ». Si l'on se conformait à cette formule si simple et si vraie, on rechercherait systématiquement, en présence d'une tumeur antérieure du cou, la déviation du complément par la réaction de Weinberg et l'éosinophilie. Nous ne faisons que signaler en passant ces deux méthodes d'investigations, car elles n'ont jamais été pratiquées dans ce cas.

Le diagnostic le plus souvent porté a été celui de goître kystique et dans presque tous les cas c'est l'issue du liquide qui a imposé le diagnostic, soit qu'elle ait été provoquée par une ponction, par une injection modificatrice iodée ou alcoolique, par l'incision de la tumeur; soit par l'éclatement intempestif de la poche au cours de l'intervention.

CHAPITRE IV

Pronostic. - Traitement.

Le pronostic d'une tumeur petite, non adhérente à la peau et se développant lentement et sans fracas, semble bénin en lui-même.

Il n'en est pas de même de celui de ses complications qui, comme nous l'avons vu, sont redoutables et même fréquemment mortelles.

Il est curieux de suivre sur les observations la gradation régressive des cas mortels au fur et à mesure des progrès de la chirurgie. Les cas de Lieutaud, Laënnec, Gooch et Rapp qui sont les plus anciens, se terminent tous par la mort du malade. Le seul traitement à cette époque consistait presque exclusivement en applications de teinture d'iode; à peine se hasardait-on à pratiquer une injection interstitielle modificatrice quelconque et la plupart du temps cette audace était aussitôt suivie de la suppuration du kyste (Gooch-Nélaton).

Un peu plus tard, des guérisons apparaissent, leur pourcentage augmente progressivement pour devenir considérable avec l'avènement de l'asepsie et une réglementation meilleure de l'intervention.

C'est donc là une affection essentiellement chirurgicale et qu'il serait néfaste d'abandonner à elle-même en raison des accidents graves que l'on a vus se déclarer parfois brusquement après une période latente.

Quelle sera donc l'intervention de choix?

La ponction n'est qu'un palliatif, un moyen de faire cesser immédiatement des accidents de suffocation par exemple, mais le liquide se reforme constamment après elle comme le rapporte Gooch, dont le malade mourut faute d'avoir été traité plus énergiquement.

La ponction suivie d'injection modificatrice n'est signalée comme moyen curatif que par Vitrac, mais elle permet au Professeur Lannelongue d'obtenir « un succès maintenu après six mois ».

Le liquide qu'il avait employé était le sublimé au 1/1.000. Vitrac préconise également la teinture d'iode et la liqueur de Van Swieten.

Marchand et Peyrot pratiquèrent aussi des lavages antiseptiques, mais comme adjuvants de la cicatrisation, le premier après une énucléation, le second après une marsupialisation.

Une opération beaucoup plus souvent employée est l'incision large du tissu thyroïdien et du kyste.

Meinert, Galozzi, Rullier et Reverdin en usèrent successivement et toutes les fois, après drainage et quelques pansements, la guérison survint.

La marsupialisation fut pratiquée deux fois par Péan et par Guillet et là encore la guérison sans fistule fut obtenue au bout de peu de temps, mais la méthode de choix est certainement la cure radicale : l'énucléation.

La première fut pratiquée par Marchand en 1883. Peyrot en faisait une quelques années plus tard (1888) en même temps que Max Wolper. Puis les chirurgiens semblent avoir un peu abandonné cette intervention au profit de l'incision et il faut arriver en 1903 à Jaboulay pour en retrouver un exemple.

Actuellement, c'est celle qui donne le plus de garanties contre le danger de récurrence et c'est une opération facile et sans grand danger, je n'en veux prendre pour exemple

que celle que pratiqua M. le Professeur J. Guyot en janvier 1924. La poche, loin de s'énucléer facilement contractait avec le parenchyme glandulaire des adhérences intimes. Guillet, dans les mêmes circonstances, avait déclaré la dissection de la poche impossible et pratiqué la marsupialisation. M. le Professeur J. Guyot, après avoir largement ouvert la poche, reséqua avec elle une mince lame du tissu thyroïdien qui lui était adhérent réalisant l'opération connue sous le nom d'énucléo-résection.

L'opération dura 32 minutes, fut « simple, facile, et eut des suites normales et apyrétiques ».

La malade quitta la clinique le dixième jour, tandis que celle de Guillet conserva une fistule pendant près de deux mois.

En terminant, nous croyons que lorsque le diagnostic de kyste hydatique a été fait grâce à l'urticaire, l'éosinophilie et la réaction positive de Weinberg, il faut toujours au début de l'opération stériliser le contenu du kyste par une injection parasiticide (Ether ou solution de formol).

CONCLUSIONS

1° Les kystes hydatiques du corps thyroïde sont très rares. Nous avons pu en recueillir 23 cas, dont un seul récent, observé par M. le Professeur Guyot. L'étiologie de cette affection est mal établie et trois observations seulement signalent des conditions prédisposantes.

2° L'anatomie pathologique est celle d'un kyste hydatique de petit volume mais ne différant en rien comme structure et contenu d'un kyste hydatique ordinaire.

3° La symptomatologie est celle d'un goître kystique ordinaire. Les signes qui ont permis dans un cas de faire le diagnostic (urticaire, alternatives d'augmentation et d'affaïssement de la tumeur) sont si inconstants qu'on ne peut les considérer comme pathognomoniques. Le diagnostic ne peut être établi d'une façon irréfutable que par la ponction exploratrice, qui n'est pas sans danger, et par la recherche de l'éosinophilie et de la réaction de Weinberg qu'il faut toujours faire dans le doute.

4° Le pronostic, très sombre autrefois à cause des complications souvent mortelles, est aujourd'hui rendu beaucoup plus favorable par les progrès de la chirurgie. En effet, sous la protection des méthodes aseptiques les chirurgiens opèrent plus volontiers toute tumeur du cou, ne laissent pas arriver le malade au stade dangereux de complications toujours possibles (suppuration). L'intervention de choix est actuellement, après stérilisation du kyste par

injection de formol ou d'éther (Devé), l'énucléation de la poche, vraie cure radicale qui met à l'abri de toute récurrence.

Si la dissection du kyste est difficile, *l'énucléo-résection* pratiquée par M. le Professeur J. Guyot, est préférable à la marsupialisation, préconisée autrefois par M. Jaboulay, opération aujourd'hui complètement abandonnée et qui n'a qu'une valeur historique.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER .

Bordeaux, le 28 Janvier 1925.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- LIEUTAUD. — Mémoire à l'Académie Royale des Sciences, 1754.
- GOOCH. — Cases and practical remarck in surgery with sketches, 1767.
- BAUMÈS. — Traité élémentaire de Nosologie, 1806.
- LAENNEC. — Mémoire sur les vers vésiculaires, 1812.
- RULLIER. — Dictionnaire des Sciences Médicales, 1817.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, 1821.
- RAPP. — Nach. M. G. O. Naumann H. d. b. de Médecine. Berlin, 1830.
- HUNTER. — Traduction Richelot, Paris, 1839.
- VELPEAU. — *Union médicale*, 1847. (Obs. Jobert de Lamballe).
- ALBERS. — Jahresberight, 1850.
- BACH. — Différentes espèces de goîtres, 1855 (Mémoire à l'Académie de Médecine).
- GURLT. — Ueber die Cystengemülste der Halses. Berlin, 1855.
- HOUEL. — Thèse d'agrégation, 1860.
- FERRANT. — *Bulletin Soc. Anat.*, Paris, 1861.
- DAVAINE. — Traité des Entozoaires, 1877.
- KRISHABER. — Nouv. dict. des sc. médicales (article goître) 1883.
- REVERDIN et MAYOR. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1885.
- MEINERT. — Centralblatt für Chirurgie 1885, p. 428.
- DUGUET. — Goître et médication iodée. Paris, 1886.
- GALOZZI. — *Riforma Medica*, 15 décembre 1886.

- DECRESSAC. — *Bulletin Soc. Anat. de Paris*, 1888.
- PÉAN. — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1890.
- DARDEL. — *Thèse de Paris*, 1888.
- HENLE. — *Archives für klinische Chirurgie*, XLIX, 1895.
- KARPETCHENKO. — *Protocoli karkascaro Medicinskavo obchestwa*, 1892.
- VITRAC. — *Revue de Chirurgie*, 1897, p. 421.
- A. POSADAS. — *Rev. de Chir.* 1899, p. 374.
- HERRERA VEGAR et D.-J. CRANWELL. — *Los quistes hydatidicos en la Rép. Argentina*, 1901, p. 287-290.
- THÈVENOT. — *Gaz. des Hôpitaux*, 22 mai 1902.
- J. ROLLET. — *Thèse de Lyon*, 1903.
- EHRHARDT. — *Berliner klin Wochenschrift*, 17 avril 1905.
- Article BÉRARD. — *Traité Le Dentu-Delbet*, 1908.
- GUILLET. — *Bulletin médical*, 20 janvier 1909.
- ULTZMANN. — *Wiener klin. Woch.*, 20 mai 1909.
- FERRER. — *La Presse Médicale*, 11 sept. 1909.
- PARTSCH. — *Berliner klin. Woch.*, 14 mars 1910.
- BRJOZOVSKY. — *In Journal de Chir.* 1910 août, p. 127. —
- TICHOFF et LEVENSON. — *Chirurgia*, février 1911.
- PARIISKY. — *Chirurgia*, sept. 1911.
- MARIMON. — *Revista de cieucias medical de Barcelona*, novembre 1912.
- A. LANDIVAR. — *Revista de la Sociedad medica Argentina*, 1913. vol. XXI, p. 213.
- GATTI. — *Clinica chirurgica*, 30 avril 1913.
- CURTILLET et PÉLISSIER. — *Bullet. méd. de l'Algérie*, 1914, juillet.
- DOMINGO PRAT. — *Rev. méd. del Uruguay*, déc. 1913, p. 495 et p. 534-536 (2 cas).

